



Skjemaet sender du til:

Helfo
Postboks 2415
3104 Tønsberg

Erklæring fra behandlende lege i utlandet ved søknad om dekning av utgifter til infertilitetsbehandling

Skjemaet fylles ut av behandlende lege ved hver behandling. Kvinnen/paret skal legge dette skjemaet ved søknaden sin om refusjon av utgifter til behandling og legemidler ved assistert befruktning mottatt i utlandet.

Skjemaet må fylles ut med blokkbokstaver og være leselig for oss.

1. Opplysninger om søker og eventuell partner

Kvinnens navn	Partnerens navn
Fødselsnummer (11 siffer)	Fødselsnummer (11 siffer)
Paret er gift eller samboere i ekteskapslignende forhold	JA NEI
Kvinnen er enslig og bor alene	JA NEI

2. Opplysninger om lege

Navn	Autorisasjonsnummer
Navn på behandlingssted	Telefonnummer
Postadresse	Postnummer/-sted
Land	
Behandlende lege er spesialist i obstetikk og gynekologi	

3. Opplysninger om type behandling

Kvinnen/paret har fått følgende behandling:	
Inseminasjonsbehandling (AIH/AID)	Hormonstimulering
Befruktning utenfor kroppen (IVF eller ICSI)	Preimplantasjonsdiagnostikk (PGD/PGT-behandling)

4A. Opplysninger ved uttak og tilbakeføring

Behandling gjelder:	
Fullført forsøk	Fryseforsøk
Avbrutt forsøk	Totalfrys
Dato for egguttak	
Antall egg som ble befruktet	
Dato for tilbakeføring av embryo	
Dato for avbrutt forsøk	
Dato for fryseforsøk	
Opplysninger som kan ha betydning for saken, for eksempel årsaken for avbrutt forsøk:	

4B. Opplysninger ved inseminasjon eller hormonstimulering

Tidsperiode for behandling:
Andre opplysninger som kan ha betydning for saken:

5. Informasjon om behandlingen i utlandet

Vil det benyttes egg fra en donor?	JA	NEI
Hvis ja - Hvem har valgt donor? Kvinnen/paret Behandlende lege		
Hvis det skal brukes donoregg, vær oppmerksom på at kriteriene i bioteknologiloven §§ 2-7 til 2-11 må være oppfylt dersom paret ønsker å søke om refusjon:		
• Donoren må - være over 25 år og ikke eldre enn 35 år - ikke være fratatt rettslig handleevne på det personlige området - ikke få opplysninger om identiteten til paret eller barnet - gi skriftlig samtykke til at eggene hennes kan brukes i infertilitetsbehandling - gi skriftlig samtykke til at identiteten hennes registreres i et donorregister • Donorens identitet må være registrert i et donorregister. • Barnet må få tilgang til denne informasjonen når det fyller 15 år. • Dersom donoren dør, kan eggene hennes ikke brukes i infertilitetsbehandling.		
Oppfyller behandling som blir gitt, kriteriene ovenfor?		
Hvis nei – hvilke kriterier er ikke oppfylt?	JA	NEI

Vil det benyttes sæd fra donor?	JA	NEI
Hvis ja - Hvem har valgt donor? Kvinnen/paret Behandlende lege		
Er sædgiver registrert i et donorregister som sikrer barnet tilgang til sædgivers identitet når barnet fyller:		
- 15 år - 18 år		
Når er sæden donert?		
Hvis det skal brukes donorsæd, vær oppmerksom på at kriteriene i bioteknologiloven §§ 2-7 til 2-11 må være oppfylt dersom kvinnen/paret ønsker å søke om refusjon:		
• Donoren må - være minst 18 år - ikke bli fratatt rettslig handleevne på det personlige området, jf. ordlyd i bioteknologiloven § 2-9 - ikke få opplysninger om identiteten til paret eller barnet - gi skriftlig samtykke til at sæden hans kan brukes i infertilitetsbehandling - gi skriftlig samtykke til at identiteten hans registreres i donorregister • Donorens identitet må være registrert i et donorregister. • Dersom donoren dør, kan sæden hans ikke brukes i infertilitetsbehandling.		
Oppfyller behandling som blir gitt, kriteriene ovenfor?		
Hvis nei - hvilke kriterier er ikke oppfylt?	JA	NEI

Uansett om donorsæd er brukt eller ikke, vær oppmerksom på at norsk lovgivning forbyr behandling av sæd før befruktning med det formål å påvirke barnets kjønn, unntatt i enkelte tilfeller der kvinnen er bærer av alvorlig arvelig sykdom knyttet til kjønn.

Vil sæden bli behandlet for å påvirke barnets kjønn?	JA	NEI
--	----	-----

Vil det utføres preimplantasjonsdiagnostikk (PGD/PGT-behandling)?	JA	NEI
Begrunnelse for PGD/PGT-behandling:		

6. Vurdering av kvinnen/paret

I henhold til norsk bioteknologilov skal en lege vurdere om assistert befruktning skal gis. Avgjørelsen skal bygge på medisinske og psykososiale vurderinger av kvinnen/paret. Det skal legges vekt på omsorgsevne og hensynet til barnets beste. Om nødvendig skal en uttalelse fra norske myndigheter innhentes.

6A. Medisinsk vurdering

Diagnosen infertilitet kan stilles ved ikke oppnådd graviditet etter regelmessig samliv uten prevensjon i 12 måneder. Følgende forhold kan gi redusert nytte av behandlingen: overvekt, alder over 38 år, komorbiditet, intrakavitære polypper og myomer eller andre funn som kan behandles kirurgisk.

Jeg bekrefter at jeg har foretatt nødvendige medisinske undersøkelser av kvinnen/paret. JA NEI

Etter min vurdering foreligger det medisinsk indikasjon for å la kvinnen/paret gjennomgå assistert befruktning. JA NEI

Medisinsk begrunnelse (må fylles ut):

6B. Mental vurdering

Kvinnen/paret må være egnet til å gå gjennom prosessen med å få assistert befruktning. For noen kan den være en fysisk og psykisk påkjenning, særlig fordi noen vil oppleve et negativt utfall av behandlingen.

Etter min vurdering er kvinnen/paret mentalt forberedt og i stand til å gjennomgå prosessen med assistert befruktning. JA NEI

6C. Psykososial vurdering

Før beslutning om assistert befruktning kan tas, skal parets omsorgsevne og hensynet til barnets beste vurderes. Kvinnen/paret må være ved vanlig god psykisk helse og i stand til å gi barnet en trygg oppvekst.

Jeg bekrefter at jeg har hatt samtaler med kvinnen/paret og har foretatt en psykososial vurdering av kvinnen/paret og deres livssituasjon. JA NEI

Min vurdering av kvinnens/parets psykososiale situasjon og evne til å kunne gi barnet en trygg oppvekst (må fylles ut):

6D. Totalvurdering

Etter min vurdering er kvinnen/paret mentalt forberedt og i stand til å gjennomgå prosessen med assistert befruktning?

JA

NEI

7. Legens underskrift

Jeg bekrefter herved at opplysningene ovenfor er riktige.

Sted og dato

Underskrift